

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1943

THESE

N°

324

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

par

André GUILLARD

Né le 19 juillet 1910, à La Croix (Indre-et-Loire).

Présentée et soutenue publiquement le 29 OCT. 1943... 19..

LES
FORMES OCCLUSIVES
DES
CHOLECYSTITES AIGÜES
(Etude clinique)

Président : M. CADENAT, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE R. FOULON

29, rue Deparcieux, 29

1943

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **GUILLARD.**

Prénom : **André.**

Date de Soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque).

GUILLARD (André). — Les formes occlusives des cholécystites aiguës (Etude clinique). — Paris, Imp. R. Foulon, 1943, in-8°, 71 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1943, N°).

GUILLARD (André). — Les formes occlusives des cholécystites aiguës (Etude clinique). — Paris, Imp. R. Foulon, 1943, in-8°, 71 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1943, N°).

GUILLARD (André). — Les formes occlusives des cholécystites aiguës (Etude clinique). — Paris, Imp. R. Foulon, 1943, in-8°, 71 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1943, N°).

GUILLARD (André). — Les formes occlusives des cholécystites aiguës (Etude clinique). — Paris, Imp. R. Foulon, 1943, in-8°, 71 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1943, N°).

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1943

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

par

André GUILLARD

Né le 19 juillet 1910, à La Croix (Indre-et-Loire).

Présentée et soutenue publiquement le.....19..

LES
FORMES OCCLUSIVES
DES
CHOLECYSTITES AIGÜES
(Etude clinique)

Président : M. CADENAT, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, rue Deparcieux, 29
1943



I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LIAN.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	HARVIER.
	P-VALLERY-RADOT.
Hygiène et clinique de la première enfance....	CATHALA.
Clinique des maladies des enfants.....	Robert DEBRE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LEVY-VALENSI.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CADENAT.
	MONDOR.
Clinique chirurgicale	QUENU.
	BROCQ.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	LEVY-SOLAL.
	PORTES.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ...	LEVEUF.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
	DOGNON.
	GIROUD.
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	JAYLE.
	JOANNON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	HAGUENAU	Pathologie médicale.
BARIETY	Pathologie médicale.	LACOMME	Obstétrique.
BERNARD (Etién.)	Pathologie médicale.	LANTUEJOUL	Obstétrique.
BESANÇON Justin.	Hydrologie.	LAVIER	Parasitologie.
BONNET	Bactériologie.	LELONG	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
BROUET	Pathologie médicale.	LENEGRE	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
CACHERA	Pathologie médicale.	MARCHAL	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.	MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
COSTE	Pathologie médicale.	MOLLARET	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger)	Urologie.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DELARUE	Anatomie pathologique.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
DELAY	Pathologie médicale.	N.	Pathologie chirurgicale.
DEGREZ (H.)	Physique.	RENARD	Ophtalmologie.
DESOILLE	Médecine légale.	RICHET	Physiologie.
DIGONNET	Obstétrique.	N.	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.	SOULIE	Pathologie médicale.
FUNCK-BRENTANO	Pathologie chirurgicale.	SUREAU	Obstétrique.
GALLIARD	Parasitologie.	TURPIN	Pathologie médicale.
GARCIN	Pathologie médicale.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
Mlle GAUTHIER-VILLARS	Anatomie pathologique.		
DE GENNES	Pathologie médicale.		

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	HUGUENIN	Anatomie pathologique.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.	LE LORIER	Obstétrique.
GUENIOT	Obstétrique.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.	PIEDELIEVRE	Médecine légale.
		VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS
DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	Clinique médicale	BASSET	Clinique chirurgicale.
BRULE		GATELLIER	
CHEVALLIER ..		DE GAUDART ..	
LAROCHE Guy ..		D'ALLAINES ..	
MOREAU		MOULONGUET ..	
SEZARY		MOURE	

MM.	
ECALLE	Clinique obstétricale.
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
N... ..	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA CHERE MAMAN

A MON PERE

A MA FEMME

A MES ENFANTS

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR CADENAT

Professeur de Clinique Chirurgicale
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le très grand hon-
neur d'accepter la présidence de
cette thèse.*

*En témoignage de notre profond
respect et de notre vive gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ MONSAINGEON

Ancien Interne

Médaille d'Or des Hôpitaux

Chef de Clinique Chirurgicale à la Faculté

*Qui nous a inspiré ce travail et
guidé de ses conseils.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR MATRY

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Membre correspondant de l'Académie de Chirurgie

Chirurgien-Chef de l'Hôpital de Fontainebleau

Il a été pour nous un Maître dont nous pourrons toujours nous rappeler le sens clinique avisé, la scrupuleuse conscience chirurgicale dont il nous a donné l'exemple et qu'il s'est efforcé de nous inculquer.

Nous sommes heureux de lui en exprimer notre reconnaissance en même temps que nous l'assurons de toute notre affection.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PHILARDEAU

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Chirurgien de l'Hôpital de Fontainebleau

*Par le spectacle journalier de ses
hautes qualités chirurgicales, sa
technique simple, élégante et rapide,
il a développé en nous l'amour
de son art.*

*Il a fait preuve à notre égard,
en toute circonstance, d'une telle
bonté que nous ne savons comment
lui exprimer notre gratitude.*

A TOUS NOS MAITRES

MESSIEURS LES DOCTEURS LERAT (*in memoriam*), AUVIGNE, ROBERT BUREAU, GAUDIN, LEROUX, MIRAILLIE, YVES BUREAU, PERRIN, PICARD.

Chirurgiens et médecins des Hôpitaux de Nantes, qui ont été nos chefs de service.

MONSIEUR LE DOCTEUR CORDEY

Médecin-Chef de l'Hôpital Civil de Fontainebleau

MONSIEUR LE DOCTEUR BARILLOT

Electro-Radiologiste de l'Hôpital de Fontainebleau

MONSIEUR LE DOCTEUR VAN DEN BOSSCHE

Ancien Chef de Clinique à la Faculté
O-R-L de l'Hôpital Civil de Fontainebleau

MONSIEUR LE DOCTEUR MORANCE

Ancien Chef de Clinique adjoint des Quinze-Vingts
Ophtalmologiste de l'Hôpital de Fontainebleau

En reconnaissance de la sollicitude qu'ils n'ont cessé de nous témoigner.

INTRODUCTION

Dans les cholécystites aiguës, on a déjà signalé sans y insister, la présence d'un arrêt passager des matières et des gaz, mais semble-t-il on n'a guère publié d'observations dans lesquelles *cet arrêt ait pris une importance de premier plan*, ni dans l'ordre du diagnostic, ni du point de vue des indications thérapeutiques, de telle sorte que chez une femme en occlusion, à passé vésiculaire chargé, l'hypothèse d'iléus biliaire est à peu près la seule qui se propose à côté des formes atypiques des pancréatites aiguës.

Un certain nombre d'observations que nous avons pu recueillir tendent à démontrer que ce schéma est faux. Comme les appendicites aiguës, et surtout chez le vieillard, *les cholécystites aiguës peuvent prendre une symptomatologie d'occlusion intestinale aiguë et fébrile.*

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Dans cette observation, la discussion diagnostique se posait avec une appendicite aiguë occlusive :

Mme H..., 67 ans, entre dans le service du Docteur ROUX-BERGER le 30 novembre 1940, pour des douleurs du flanc et de l'hypocondre droit, avec arrêt des matières et des gaz. Les signes remontent à 48 heures et la palpation découvre une tuméfaction du flanc et de l'hypocondre droit avec douleurs et défense locale. On pense à une appendicite aiguë ou peut-être à une tumeur colique en occlusion.

A la radio existent quelques anses dilatées dans la région para-ombilicale droite et le lavement baryté s'arrête sous le foie. Seule l'incision para-médiane droite fera le diagnostic en montrant une grosse vésicule tendue à paroi épaisse et remplie de calculs.

La cholecystostomie est suivie d'une guérison. Une cholécystectomie secondaire sera pratiquée deux mois plus tard avec succès.

OBSERVATION II

Cette observation est un exemple de discussion diagnostique avec l'iléus biliaire :

Mme R..., 45 ans, entre le 8 février 1941 dans le service du Docteur ROUX-BERGER pour des douleurs abdominales apparues depuis trente-six heures, à type de colique, violentes par moment, très atténuées en d'autres. La malade avait présenté de nombreuses crises de coliques hépatiques et même plusieurs ictères, mais la crise actuelle est bien différente, la douleur est abdominale, son maximum est dans la fosse iliaque droite ou la palpation réveille un point douloureux très précis au niveau *d'une saillie mate entourée d'anses sonores*.

L'examen radiologique (Docteur SALUN) montre qu'il existe des anses grêles distendues dans la fosse iliaque droite. Le reste de l'abdomen est sombre. Il s'agit manifestement d'une occlusion, peut-être par 'iléus biliaire, bien qu'on ne voit pas d'ombre de calcul, peut-être par torsion d'une anse grêle. Laparatomie médiane. La tuméfaction de la fosse iliaque est une vésicule tendue. Dans le péritoine il existe une assez grande quantité de liquide louche, verdâtre. Cholécystostomie. Guérison.

OBSERVATION III

Dans le troisième cas (G. Augustine, 67 ans, entrée le 13 juillet dans le service du Professeur CADENAT), il s'agissait d'une occlusion intestinale à ballonnement médian datant de trois ou quatre jours chez une femme s'exprimant mal, à l'état général très altéré, couverte de sueurs froides. Occlusion fébrile, distension abdominale prédominante à droite. Douleurs exquises en regard d'une masse douloureuse de l'hypocondre droit. Le diagnostic est discuté entre appendicite, volvulus partiel du grêle,

étranglement interne. On soulève toutefois l'hypothèse de cholécystite aiguë qu'aucun antécédent ne vient appuyer.

Après une préparation active et notamment une aspiration duodénale qui la déballonne, la malade peut être opérée sous rachi. Laparatomie médiane (THOMERET). On trouve une vésicule tendue, un peu de liquide séro-bilieux dans la grande cavité. Il y a manifestement une *exsudation biliaire sans vraie péritonite biliaire*. La paroi vésiculaire paraît peu altérée.

Cholécystostomie latérale. Guérison.

OBSERVATION IV

Mme B..., 50 ans, entrée le 13 février 1942 dans le service du Professeur CADENAT, a posé bien des problèmes diagnostics et seule la radiographie nous a pu aider à les résoudre.

Crises douloureuses thoraciques et abdominales chez une femme pusillanime, qui a, semble-t-il, présenté autrefois deux crises de colique hépatique. Son état de santé était excellent quand, il y a deux jours, elle a commencé à souffrir d'une manière toute nouvelle. La douleur qu'elle signale a un siège variable. Elle en indique le maximum dans l'hypocondre droit ou dans la fosse lombaire, ou dans le flanc, voire la fosse iliaque droite, à la base du thorax enfin. Les crises sont violentes, mais non continues. Elles semblent prendre par moment un caractère de crampe ou de colique et s'accompagnent d'une gêne respiratoire marquée. En même temps que les douleurs, un certain ballonnement abdominal apparaissait. La malade a eu une évacuation diarrhéique dans la nuit

du 12 au 13. Depuis lors, ni selles, ni gaz. L'état général est assez bon bien que la fièvre atteigne 39o.

A l'examen, malade grasse, abdomen météorisé, sans onde péristaltique. Une zone de sonorité dans l'hypocondre et dans la région ombilicale. Hypéresthésie du flanc de la fosse lombaire et de l'hypocondre droit ? Le diagnostic est hésitant. On reste perplexe. S'agit-il d'une occlusion intestinale ? D'une appendicite sous-hépatique, voire rétro-cœcale à symptomatologie occlusive ? Peut-être une colique néphrétique à symptomatologie intestinale ? Une submatité de la base droite fait même discuter une congestion pulmonaire à manifestations abdominales.

L'examen radiologique (Docteur WATEZ) va lever tous les doutes. La « scopie » en position debout montre un niveau liquide dans le flanc droit et la région para médiane droite où l'on trouve plusieurs anses dilatées; d'autres dans le flanc gauche et dans l'hypocondre gauche. La coupole diaphragmatique est un peu surélevée mais la base pulmonaire est de teinte normale, le cul de sac pleural est libre.

Un cliché sans préparation confirme ces données, notamment l'existence de nombreuses anses dilatées à gauche. Leur aspect est feuilleté et permet d'affirmer qu'il s'agit d'anses grêles.

Un lavement baryté montre bien que les anses dilatées appartiennent au grêle. Le colon gauche se remplit au contact de l'iléon distendu. Le lavement remplit le transverse, sauf une bonne portion de sa moitié de droite qui reste non imprégnée pendant plus de dix minutes, immédiatement au contact d'images gazeuses sus et sous-

jacentes. Le cœcum se distend à son tour et reste mobile et indolent.

La palpation sous écran montre bien que *le maximum de douleur correspond au maximum de distension gazeuse de l'hypocondre droit en pleine zone de projection vésiculaire.*

La discussion diagnostique de cette crise douloureuse abdominale, fébrile et occlusive est facilitée par l'examen radiologique qui permet d'éliminer l'appendicite et un obstacle colique.

Un iléus biliaire est peu vraisemblable malgré la motilité de la douleur; l'évolution est trop récente, trop continue, la fièvre trop élevée. On envisage l'éventualité d'une occlusion par cholécystite aiguë avec toutes les réserves qu'imposent les surprises habituelles en pareille circonstance. L'indication opératoire, sans être pressante, a paru formelle, en raison de l'incertitude du diagnostic, de la violence des douleurs et de la fièvre.

Rachianesthésie haute. Incision para-médiane droite. La rachi est de mauvaise qualité. Par bonheur, la radio a permis de préciser le siège des lésions et ce n'est qu'avec un minimum de manœuvres qu'on peut explorer la région. On constate autour d'une vésicule tendue et fortement congestionnée, une infiltration des épiploons par un œdème gélatineux de teinte franchement bilieuse. La vésicule est fragile et la pose de pinces de Chaput fait sourdre de la bile. Cholécystostomie sur sonde de Pezzer.

Après des suites opératoires simples, au cours desquelles sortent plusieurs calculs, le 10 mars 1932, la malade meurt subitement. L'autopsie est impossible. On s'assure

simplement, à travers la plaie opératoire, qu'il n'y a pas de lésion péritonéale adjacente.

L'examen de la bile retirée lors de l'intervention a montré une flore abondante de bacilles type coli et entérocoque.

OBSERVATION V

Dans cette dernière observation, que nous devons à LECŒUR, la radio a été également utile pour localiser la lésion.

Mme M..., 77 ans, entre dans le service du Docteur MONOD le 3 mars 1941 pour une sub-occlusion datant de quatre jours. Il y a eu une selle liquide le jour de son entrée, mais l'arrêt des gaz est complet. La palpation révèle une douleur diffuse dont le maximum est dans la fosse iliaque droite. Péristaltisme visible. Dans la fosse iliaque droite, on sent une masse peu douloureuse dont les limites internes et supérieures sont nettes. Elle est grosse comme les deux poings et dépasse peu en hauteur l'épine iliaque antéro-supérieure. Elle est verticale et mate. Température 38°. Pouls 90.

A la radio, sans préparation, *images hydro-aériques de la fosse iliaque droite avec trois niveaux liquides*. La tumeur est d'opacité plus accentuée. Par lavement, progression régulière jusqu'au niveau du transverse: arrêt au bord gauche de la masse cerclée. Diagnostic : occlusion fébrile.

Incision latérale droite. La tumeur est une très grosse vésicule qui comprime le colon avec de petits abcès sous-

séreux. Ablation pénible d'un calcul enclavé dans le cystique. Muqueuse très altérée. Cholécyستomie.

Suites opératoires : la température descend progressivement, elle atteint 37° le septième jour. Ablation des mèches le onzième jour, poussée de fièvre le lendemain, mort le surlendemain.

A l'autopsie, aucune autre lésion abdominale.



Dans la plupart de ces observations, le ballonnement abdominal n'était pas considérable, mais dans tous les cas, sauf un, l'examen radiologique pratiqué a montré qu'il y avait *un niveau liquide* et le problème se pose de savoir si chaque fois qu'en présence d'un syndrome abdominal aigu, la radio révèle un niveau liquide, le diagnostic d'occlusion doit être envisagé.

Nous croyons que même à ventre plat, cette donnée radiologique suffit à affirmer l'occlusion. Nous avons vu récemment une femme de 87 ans entrer dans le service du Professeur CADENAT pour douleurs abdominales et vomissements, pendant 48 heures l'absence totale de toute symptomatologie physique a fait discuter des diagnostics nombreux. En fin de compte, un examen radiologique en montrant une ombre de calcul au voisinage d'un niveau liquide, a permis d'envisager l'hypothèse d'iléus biliaire. En fait, la médiane a montré qu'il s'agissait d'un étranglement serré d'une anse par bride.

Dans deux observations, l'examen opératoire a montré qu'il existait dans le péritoine un liquide verdâtre. Dans une autre, la présence d'un œdème gélatineux, franchement bilieux au niveau des mésos a montré sans conteste que la diffusion d'éléments biliaires pouvait exister en dehors de toute péritonite biliaire proprement dite. Nous nous demandons, en présence de ces trois observations, si l'exsudation de produits bilieux n'est pas un fait beaucoup plus banal qu'il n'est classique de le dire.

De nos cinq malades, deux sont mortes, l'une peu après l'ablation des mèches, l'autre de façon brusque et inattendue. On se rappellera à ce sujet que de nombreuses observations ont été publiées de mort inexplicable dans les suites des iléus biliaires.

Dans tous nos cas, l'examen clinique ou l'examen radiologique a permis d'intervenir avec un diagnostic de localisation suffisant pour éviter les manœuvres les plus choquantes et limiter l'exploration.

Le drainage de la vésicule a été l'acte essentiel et a suffi à faire cesser les accidents. Il semblerait déraisonnable devant les malades dont l'état général est habituellement altéré et l'avenir assez peu engageant de prétendre faire sans nécessité réelle une cholécystectomie d'emblée.

L'utilité d'un diagnostic de localisation est grande si elle évite l'écueil d'une exploration compliquée; c'est ce qui légitime toutes les subtilités cliniques.

PLAN

Après avoir démontré la *légitimité de ce travail*, nous verrons comment, devant un tel syndrome abdominal avec occlusion fébrile, on peut être amené à faire un *parallèle clinique et radiologique avec l'appendicite occlusive du vieillard*.

Nous verrons également comment se pose la discussion diagnostique sur les « abdomens aigus » :

- *des vieux lithiasiques,*
- *des pancréatiques,*
- *des iléus biliaires,*
- *et l'occlusion de la cholécystite.*

Enfin, après une discussion radiologique sur :

- *le siège de l'occlusion,*
- *sa nature,*
- *la radiologie des occlusions à « ventre plat ».*

Nous rappellerons la discussion maintenant classique sur la *cholécystectomie à chaud ou la cholécystostomie d'urgence* et nous poserons la question de savoir si cette discussion peut s'appliquer au cas des cholécystites avec occlusion.



EST-IL LEGITIME D'ISOLER
PARMI LES CHOLECYSTITES,
DES FORMES OCCLUSIVES ?

On pourrait objecter à la description que nous tentons ici, qu'il n'est nullement nécessaire de décrire des « formes occlusives » des cholécystites aiguës. Il est classique de dire que la plupart des affections abdominales aiguës peuvent, dans certaines conditions d'âge, d'état général, d'atteinte péritonéale, prendre un aspect sub-occlusif — et lorsqu'on lit les observations réunies on ne peut manquer d'être frappé de l'absence de lésion de strangulation ou d'obturation directe.

Le vésicule en poussée inflammatoire n'a donc pu en aucune manière créer une occlusion comme ferait une bride, un foyer péritonéal suppuré ou adhésif, un calcul. Nous ne rapportons pas de cas d'occlusion par péricholécystite suppurée, ni par périviscérite adhésive et nous voulons insister sur ce qui sépare ces observations de ce qu'il est convenu d'appeler d'une terme discutable « les iléus biliaires ».

Dans toutes ces observations, le drainage de la vési-

cule a suffi à faire cesser les troubles occlusifs, et même si certains malades opérés sont morts ce n'est en aucune manière comme des occlus, avec un ballonnement abdominal sous pression, des vomissements porracés et un arrêt des matières et des gaz.

Si donc nous estimons utile d'isoler ces aspects cliniques, c'est uniquement en nous plaçant du point de vue de la discussion diagnostique.

C'est pour nous être trouvé à plusieurs reprises devant des problèmes un peu « *déconcertants* » et pour avoir dû rectifier ou bâtir un diagnostic dans des conditions incertaines que nous croyons légitime d'individualiser ces « formes occlusives des cholécystites aiguës ».

Nous verrons, dans un chapitre de cette thèse, que l'appendicite aiguë présente, elle aussi, certaines formes occlusives qui se rapprochent par beaucoup de points de celles des cholécystites aiguës : même sémilogie, même mécanisme, mêmes conditions d'apparition.

Rien n'est plus couramment admis que le parallélisme clinique entre appendicite aiguë et cholécystite aiguë; de nombreuses erreurs de diagnostic des discussions sans cesse renouvelées ont donné à ce rapprochement une valeur réelle et pas seulement didactique ou scolaire.

N'est-il pas singulier de constater que cette étude

parallèle puisse être poussée plus loin et intéresser les aspects atypiques, les formes exceptionnelles à côté des plus classiques ?

ETUDE PARALLELE DES FORMES OCCLUSIVES DES APPENDICITES ET DES CHOLECYSTITES AIGUES

Il est classique de souligner l'importance de l'élément occlusion dans la clinique, l'évolution et le pronostic des appendicites aiguës.

Nul ne peut ignorer la fréquence et la variété des occlusions post-opératoires de l'appendicite. Mais en dehors de ces cas assez communs et qu'un schéma commode et simpliste, rattache suivant sa période d'apparition à tel ou tel mécanisme inflammatoire, adhésif ou paralytique, il existe une véritable « *forme occlusive* » de l'appendicite aiguë où l'occlusion est contemporaine de la crise et donne à celle-ci une allure très spéciale.

Une excellente description, suivie d'une étude critique originale en a été donnée par M. OKINCZYC dans les bulletins de la Société de Chirurgie, en 1935. Il rapportait quatre cas dans lesquels l'occlusion constituait « le symptôme dominant », parfois le seul témoin de l'affection appendiculaire ».

Il s'agissait, deux fois sur quatre, de malades âgés et dans les deux autres cas de formes pelviennes. Pas de péritonite diffuse, pas de perforation appendiculaire pour expliquer l'existence d'un banal iléus dynamique des péritonites aiguës

« Dans un seul cas, il existait trois foyers circonscrits dont deux à distance de l'appendice, où nous avons observé des mouvements péristaltiques faisant soupçonner un obstacle mécanique du transit intestinal. Il est assez paradoxal, ajoutait M. OKINCZYC, que le seul cas où l'infection péritonéale se soit étendue au-delà du foyer appendiculaire soit celui où l'iléus ait pris plus le caractère d'iléus mécanique que d'iléus paralytique ».

Dans les trois autres cas, il n'existait qu'un foyer appendiculaire d'apparence banale, tels ceux qui guérissent habituellement par l'ablation de l'appendice.

Le liquide comme le pus du foyer appendiculaire n'a aucune odeur; M. OKINCZYC insiste sur ce point très singulier.

Dans nos observations, il s'agit bien de cas superposables. Malades, volontiers âgés. Trois sur cinq ont plus de soixante-cinq ans.

Même absence de foyer suppurant ou adhésif important. Anatomiquement, la seule découverte remarquable est la présence autour de la vésicule turgescence d'un épanchement de faible abondance, rappelant

exactement le liquide citrin que l'on trouve si couramment dans le péritoine des occlusions les plus banales, à cela près qu'il est teinté de bile et que l'œdème des mesos qui entoure la vésicule est lui aussi verdâtre.

Dans sa description, M. OKINCZYC insistait sur le caractère batard de l'occlusion : « Le plus souvent silencieuse, progressive, sans manifestations douloureuses, sauf chez les deux malades jeunes, sans mouvements péristaltiques le plus souvent : c'est le tableau de l'iléus paralytique ».

Le parallélisme est frappant avec une observation. Seuls, nos malades jeunes (observations 2 et 4) ont des crises douloureuses, mais peu, c'est le tableau de l'iléus paralytique discret et effacé. Le ventre n'est pas ballonné. A voir vite on dirait qu'il n'y a pas d'occlusion. La distension abdominale n'est perceptible qu'à celui qui la recherche et qui veut retrouver dans un ventre douloureux la zone déformée, légèrement asymétrique et plus sensible dont l'étude dirigera la conduite.

Les observations de M. OKINCZYC, remontent à une période où l'examen radiologique des urgences abdominales n'était pas entré dans la pratique courante. Nous ignorons donc comment radiologiquement ces cas se seraient produits et quelle aide la clinique aurait pu en obtenir. On peut cependant la soupçonner en notant cette brève observation générale. « Le diagnos-

tic est hésitant, l'opération d'urgence est retardée... » et de fait, dans deux cas, l'intervention d'urgence est remise et ce n'est qu'après plusieurs examens que la décision opératoire est prise.

Dans nos observations de cholécystite aiguë, l'hésitation diagnostique n'était pas moins grave. La note occlusive était certaine, mais relativement discrète et presque isolée.

Si la décision opératoire a toujours été prise à temps c'est parce que la routine des examens radiologiques d'urgence, en découvrant des niveaux liquides, une distension gazeuse nette et de topographie particulière nous y conduisait presque nécessairement.

Au reste nous avons observé dans le service du Professeur CADENAT un cas très analogue d'appendicite aiguë occlusive cette fois où la douleur abdominale était si modérée, la symptomatologie si imprécise, les signes physiques si pauvres, que sans la découverte surprenante d'une distension dans un abdomen sombre les discussions cliniques auraient continué sans aboutir à une conclusion thérapeutique pourtant bien nécessaire.

Ainsi se trouve posée la question des occlusions à ventre plat, comme jamais elle ne se posait avant la radio. Il est difficile de juger un problème aussi important avec les quelques documents d'une expérience isolée. Le livre attendu de MM. MONDOR et PORCHER,

apportera sans doute sur ce sujet, des précisions nécessaires et peut-être dans quelques circonstances, salvatrices. S'il est permis d'envisager la question d'une manière un peu rapide et cavalière, nous dirons volontiers qu'avant l'ère radiologique des occlusions, un bon nombre d'occlusions intestinales, n'étaient pas rangées comme telles : les catégories nosologiques ont été changées par l'apparition subite dans les abdomens aigus, de deux classes : *celle des ventres sombres, gris ou habités de quelques clartés banales, de gaz normaux.*

— *Celles des ventres contenant une* (ou plusieurs, peu importe !) *anses distendues, tranchant clairement sur la tonalité du reste du ventre et contenant généralement un niveau liquide.*

Cette distinction radiologique peut paraître excessive si elle est utilisée isolément, sans étude de conteste clinique. Elle paraît extrêmement fructueuse si elle est adoptée et critiquée en fonction des autres données de l'interrogatoire et de l'examen. Ce qui importe, c'est de savoir s'il existe dans cet « *abdomen aigu* », dont on ne sait s'il est le siège d'une infection intestinale ou péritonéale, d'une torsion, d'une colique viscérale ou vasculaire, d'une crise nerveuse, d'un syndrome toxique, dans ce ventre plat difficile à interroger en un point, fût-il très limité, *une image anormale du grêle qui signe une anomalie de son transit.*

Ainsi apparaît la possibilité de faire un diagnostic

d'occlusion alors que manquent quelques-uns, sinon presque tous les signes de l'iléus : vomissements, ballonnements, arrêt des gaz et même douleur.

Témoin le cas, rapporté plus haut, de cette femme âgée, mais très présente, qui reste vingt-quatre heures en observation dans le service du Professeur CADENAT, avec, pour tout symptôme, des vomissements sans la moindre douleur, ni spontanée, ni provoquée, sans distension, ni ondulation, sans arrêt du transit digestif et pour laquelle on discutait une intoxication intestinale ou des vomissements d'origine centrale, jusqu'à ce que la radiologie en démontrant l'existence d'un niveau liquide isolé ait permis d'affirmer l'occlusion.

A l'intervention, il n'y avait qu'une anse coudée, sur une bride et déjà ecchymotique.

On peut objecter que beaucoup de ventres aigus examinés à la radio, donneraient des images gazeuses, comme il nous souvient d'en avoir observé dans un kyste de l'ovaire tordu. Mais une image claire unique, un foyer gazeux limité, sont déjà des plus significatifs et s'il y a un niveau liquide net, on peut affirmer le syndrome occlusif; il y a vraiment urgence opératoire.

DEBAT DIAGNOSTIQUE SUR LES « ABDOMENS AIGUS »

S'il convient de mettre en parallèle les formes occlusives de l'appendicite et de la cholécystite aiguë, nous ne devons pas oublier que le débat diagnostique doit être étendu à d'autres affections de l'abdomen.

Nous avons vu que chez le vieillard beaucoup d'occlusions bâtarde et sub-fébriles sont d'origine appendiculaire. On fait le diagnostic d'occlusion et ne sachant à quelle cause l'attribuer, on discute sur une vague sensibilité iliaque ou unilatérale; on recherche en vain une hernie douloureuse jusqu'au moment où l'esprit désorienté s'arrête sur la notion essentielle d'une poussée thermique même légère ($37^{\circ}8$ au-delà de 60 ans est une température qui évoque à l'esprit, dans les conditions cliniques que nous venons de décrire, une appendicite). Nous avons rapporté à ce propos l'observation du Professeur CADENAT dans le chapitre précédent. Il faut bien dire, ajoute M. OKINCZYK à propos de quelques appendicites à formes occlusives, que les lésions retrouvées ne sont pas toujours clairement explicatives de l'occlusion. La note occlusive et

l'évolution fatale avaient été l'une et l'autre inexplicables. Il a cherché à les rattacher à une phlébite mésentérique et a proposé de lier la veine pour éviter la propagation du processus infectieux. C'est dire qu'il envisageait des cas où aucune lésion, aucune bride, aucun obstacle, aucun agglutinat d'anses, aucune réaction inflammatoire de la séreuse ne rendait compte de la symptomatologie.

Pour être « paralytique », une occlusion n'en est pas moins au premier plan de la scène clinique. Reste à savoir si devant une occlusion paralytique il faut se contenter d'évoquer le diagnostic d'appendicite ou de cancer digestif infecté. Ce serait une manière un peu brève d'envisager un si vaste problème. Nos observations montrent qu'à côté des *diverticulites*, des *sigmoïdites*, des *péritonites bâtarde*, des *aspects occlusifs*, d'*affections rénales*, de *pancréatites aiguës*, d'*infection utéro-ovarienne* et de *suppuration sous-péritonéale*, il faut aussi songer aux *cholécystites aiguës*.

Dans deux de nos observations, l'interrogatoire nous apprenait l'existence d'un passé vésiculaire, et nous verrons, à propos de l'iléus biliaire en particulier, l'importance primordiale de cet interrogatoire. Or, nous savons combien la lithiase vésiculaire peut être latente. Les autopsies sont nombreuses de sujets ayant succombé à une affection quelconque, chez lesquels on constate la présence de calculs au sein d'une vésicule

à parois saines ou entourée de quelques adhérences sous-hépatiques. Dans l'intervalle des crises, la vésicule peut être le siège d'un processus inflammatoire, pendant que s'organisent en adhérences les exsudats péritonéaux de voisinage. Ces lithiasiques, qui ont dans leur sang une augmentation considérable de la choléstérine dont le taux peut atteindre 3 à 5 grammes pour 1.000 (CHAUFFARD), ne présentent parfois, durant de longues années, que des troubles dyspeptiques ou intestinaux : constipation, entérite muco-membraneuse, crises diarrhéiques violentes avec pâleur et sueurs froides, souvent liées à une brusque chasse biliaire, c'est la diarrhée prandiale de LINOSSIER.

D'ailleurs, chez ces « *vieux lithiasiques* », on peut trouver toute la gamme du drame abdominal. Est-ce un syndrome de *perforation sournoise* sur lequel M. MONDOR attire notre attention : syndrome péritonéal qui est lent, beaucoup moins sévère et ne se présente pas avec les signes évidents habituels ?

Est-ce une *pancréatite à symptomatologie atypique* ? Douleur modérée dans la fosse iliaque droite, état général bon, pouls et faciès intacts. On attendait à tort la contracture, le ventre de bois, un gros météorisme, et le plus souvent la pauvreté des signes physiques entraîne l'erreur.

Parfois, c'est un tableau plus démonstratif qui vous montre un malade anxieux, ayant des douleurs atroces

et continues. Son faciès rappelle souvent celui de la péritonite aiguë. Il a des vomissements et une hyperesthésie abdominale généralisée. La constipation est absolue et il n'y a pas la moindre émission de gaz. DIEULAFOY nous dit « qu'en présence d'une pareille situation on pense à une péritonite aiguë, à un empoisonnement, à la perforation de l'estomac, du duodénum ou de la vésicule biliaire; on pense à une appendicite, à une occlusion intestinale aiguë, mais ce n'est rien de tout cela, c'est autre chose, c'est le drame pancréatique. Et, en effet, soit à l'opération, soit à l'autopsie, on trouve non pas une péritonite, non pas une occlusion intestinale, mais on trouve les grands témoins anatomiques du drame, c'est-à-dire des îlots blancs de nécrose graisseuse auxquels sont souvent associées des hémorragies pancréatico-péritonéales, lésions consécutives à une poussée de pancréatite aiguë presque toujours greffée sur une pancréatite chronique » (DIEULAFOY, 1907).

M. le Docteur MATRY veut bien nous communiquer une de ses observations personnelles. Observation intéressante, car la malade présentait un arrêt complet des matières et des gaz. Le diagnostic précis n'avait pas été posé. Il s'agissait d'une pancréatite hémorragique typique qui guérit parfaitement après évacuation des caillots et cholécystostomie. Cette observation fit d'ailleurs l'objet d'une communication à la Société de Chirurgie, en 1928.

Ces deux observations montrent donc parfaitement que la pancréatite doit être présente à notre esprit quand on se trouve en présence d'un « *abdomen aigu* ». Toutefois, il faut bien l'avouer, c'est là un diagnostic d'exception.

Un autre diagnostic que l'on peut être amené à discuter, est celui de l'iléus biliaire. L'observation n° 2 en est un exemple et c'est là que l'on peut mettre en évidence l'intérêt primordial de l'interrogatoire.

A la condition toutefois de ne pas s'accommoder d'une réponse sommaire à une brève question sur d'anciennes coliques hépatiques éventuelles. Il faut chercher plus loin et savoir retrouver dans le mode d'apparition et le mode d'évolution des douleurs abdominales vagues et mal étiquetées, un indice de leur origine vésiculaire. M. MONDOR a montré tout le fruit qu'un questionnaire exigeant pouvait retirer de la mémoire d'un malade atteint d'iléus biliaire. La recherche n'est pas aisée, mais elle apporte plus de profit qu'une hâtive demande. Il faut savoir « fouiller » dans le passé pathologique du malade, découvrir des antécédents lithiasiques malgré les difficultés de l'interrogatoire. On retrouve toujours un passé de troubles digestifs et douloureux anciens, quelquefois un syndrome douloureux fugace, une « crise de foie » récente qui signe en quelque sorte la migration douloureuse du calcul.

DARAIGNEZ, dans sa thèse, range tous ces signes sous le nom de *prodrômes* et M. MONDOR ajoute que s'il y a eu dans le passé de la malade des troubles abdominaux digestifs pouvant être ceux d'une lithiasie biliaire franche ou fruste, et dans un temps plus rapproché une crise abdominale douloureuse ou fébrile de quelque importance dans l'étage supérieur de l'abdomen, on doit penser absolument à l'iléus biliaire.

Chez notre malade (Docteur ROUX-BERGER) on retrouve des antécédents lithiasiques (plusieurs crises de colique hépatique et plusieurs ictères), mais la crise actuelle est bien différente. Ce sont des douleurs abdominales apparues depuis trente-six heures à type de coliques, violentes par moments, très atténuées en d'autres. A la palpation on trouve un point douloureux au niveau d'une *saillie mate entourée d'anses sonores*.

L'occlusion était donc bien d'origine vésiculaire et un diagnostic précis quant à l'origine de cette occlusion n'avait pas été posé.

La radiographie ne donne pas d'ombre de calcul, mais des anses grêles distendues.

A l'ouverture, on trouve une vésicule tendue et dans le péritoine une quantité importante de liquide louche, verdâtre.

M. le Docteur MATRY veut bien nous communiquer une autre observation d'Héno biliaire pour laquelle il

avait posé le diagnostic d'occlusion haute. L'observation est intéressante car l'iléus biliaire est relativement rare, mais surtout parce que l'histoire de la maladie ne nous apporte aucun antécédent biliaire.

Il s'agissait d'une femme de 66 ans, amenée à la Clinique de Melun le quatrième jour d'une occlusion intestinale. Le pouls était à 110. La température à 36°8.

A l'examen, on trouve des signes de fausse ascite et un ballonnement médian. Le toucher rectal est négatif. Aucun trouble digestif antérieur. Pas de hernie. Après rehydratation de la malade (sérum salé et toni-cardiaques) une intervention est faite par le Docteur MATRY. Anesthésie rachidienne : 2 cc. 5 d'Allocaïne Lumière à 5 p. 100. Calme abdominal parfait. On trouve dans la fosse iliaue droite des anses grêles aplaties, véritable intestin de poulet, puis à 50 cm. du cœcum, apparaît dans la lumière intestinale un corps étranger. Il s'agit manifestement d'un iléus biliaire. Entérotomie qui permet l'extraction du calcul. Fermeture du grêle par triple surjet.

Le calcul est de coloration noirâtre, de forme conique. Longueur : 3 cm. Base arrondie, coupée nette, avec des couches alternatives noires et blanc jaunâtre. Surface extérieure noire. Aspect légèrement grenu. La malade évacuera gaz et matières dans la nuit. Malheureusement, malgré sérum, toni-cardiaques, sérum salé ,

hypertonique intraveineux, la malade s'affaiblit progressivement. Mort 48 heures après l'intervention.

Il est intéressant de signaler que pendant quatre jours le diagnostic n'avait pas été posé par le médecin traitant. Le pronostic toujours très sombre des iléus biliaires en avait été évidemment encore aggravé.

Etant interne dans le service du Docteur MATRY, à l'Hôpital de Fontainebleau, nous nous souvenons fort bien avoir reçu un après-midi une femme de 72 ans, traitée par son médecin depuis quinze jours, pour des accidents d'obstruction intestinale.

L'examen clinique indiquait la présence dans le flanc droit d'anses grêles contracturées.

Vomissements bilieux depuis quelques jours.

Au palper, on sentait une masse très dure et on conclut « un peu hâtivement sans doute » à une occlusion de la partie terminale droite du grêle par une tumeur.

L'examen radiologique (Docteur BARILLOT) montra un gros intestin perméable dans tout son trajet. Le fond du cœcum s'étendant au cupule, comme dans les images d'invagination. Au niveau du grêle, trois à quatre niveaux liquides très nets avec anses grêles très dilatées.

Après aspiration duodénale (WANGENSTEEN), sérum salé hypertonique et toni-cardiaques, une intervention est faite par notre Maître le Docteur MATRY.

Aide : GUILLARD. Rachi anesthésie excellente (12 ctg. d'Allocaïne à 5 p. 100).

Laparatomie sous-ombilicale.

On trouve des anses grêles très dilatées. Elles sont violacées et on voit à droite un sommet en contracture. On déroule ce segment et on aboutit à un gros calcul moulé dans la lumière intestinale. On tente de refouler ce calcul de bas en haut, vers un point situé à quelques centimètres en amont, plus dilaté et où les parois semblent plus étoffées. Malheureusement, la séro-muqueuse s'éraille transversalement. On incise la muqueuse et on extrait le corps étranger.

Il s'agit d'un calcul de 9 cm. de circonférence, de 3 cm. de hauteur à contours grisâtres, composé de masses concentriques, agglutinées autour d'un noyau noirâtre.

Les suites opératoires furent normales. La malade guérit parfaitement.

Il s'agissait donc bien là du « véritable iléus biliaire » (Observations du Docteur MATRY), alors que dans l'observation du Docteur ROUX-BERGER (observation II), on se trouve en présence d'une *cholécystite aiguë à forme occlusive*.

Chez les trois malades, qu'il s'agisse des « deux iléus » du Docteur MATRY ou de la cholécystite du Docteur ROUX-BERGER, l'occlusion est passagère : 4 jours chez l'une, 15 jours chez l'autre, avec des périodes d'ac-

calmie. Douleurs violentes par moments, très atténuées en d'autres et découverte d'une saillie mate au niveau d'une tumeur entourée d'anses sonores.

La symptomatologie est à peu près identique. Sur quels signes alors devra-t-on porter le diagnostic de cholécystite aiguë à forme occlusive ?

Nous ne reviendrons pas sur l'importance que nous attachons à l'interrogatoire du malade : la recherche des antécédents vésiculaires ou hépatiques, des troubles digestifs, de crises anciennes ou récentes, voire la découverte d'une hérédité hépatique, la profession du malade et son régime alimentaire. Il nous appartient presque toujours d'obtenir par un interrogatoire bien conduit le renseignement clinique qui nous mettra sur « la bonne voie ».

Ce sont, en général, des malades de 50 à 60 ans, amenés d'urgence dans un service de chirurgie pour un *syndrome sub-occlusif avec vomissements et douleurs localisées en général en un point précis*.

Le siège de la douleur correspond à une tumeur mate à la percussion que l'on trouve à droite, soit dans l'hypocondre, soit plus bas dans la fosse iliaque.

Autour de cette tumeur, quelques anses grêles sonores. Il y a un ballonnement local.

Dans la plupart de nos observations, malgré un arrêt à peu près total des matières et des gaz, il n'y a pas un météorisme abdominal très marqué.

Le toucher rectal ne donne rien.

Le toucher vaginal non plus.

La température n'est pas très élevée (38° à 38°5).
sauf pour la malade de l'observation n° 4, dont la température atteint 39°.

En bref, on peut résumer les signes cliniques en trois mots : c'est une *occlusion* qui est *bâtarde* et *fébrile*, et l'on conçoit dans ces conditions l'importance de la radiographie d'urgence.

DISCUSSION RADIOLOGIQUE

Dans une communication faite à l'Académie de Chirurgie sur le « *Radio-diagnostic en chirurgie abdominale d'urgence* », M. MOULONGUET nous dit : « Tout abdomen aigu doit être examiné aux Rayons X, si cela est possible, sans perte de temps ».

M. MONDOR, de son côté, prétend que le Radio-diagnostic d'urgence de l'occlusion intestinale transformera bientôt les statistiques et, nous dit-il, on verra disparaître certains aphorismes tels que : « Un examen baryté est dangereux, un examen sans baryte est inutile » ou « Ici, on ne photographie pas les occlusions, on les opère ».

Utiliser la radiologie en chirurgie abdominale d'urgence est une notion importante qu'il convient de généraliser : d'abord parce qu'elle nous permet d'éliminer les fausses occlusions, ensuite parce qu'elle nous apporte des renseignements majeurs pour éclairer la clinique.

Pour M. MOULONGUET, la seule technique vraiment prudente est de faire une radiographie sans préparation. L'ingestion de baryte, outre qu'elle peut fatiguer

beaucoup un malade qui vomit et présente une intolérance complète et du ballonnement, risque encore, en cas d'erreur de diagnostic, d'entraîner des accidents. Il est bien évident que si un premier cliché sans préparation montre que le lavement ne peut être nocif et qu'il peut éclairer une image douteuse, il faudra le pratiquer avec une grande prudence.

La lecture de ces radiographies sans préparation reste parfois difficile, quoique pour MM. MOULONGUET et ROUSSET les directives soient extrêmement simples : « L'essentiel est de distinguer les images du colon et celles du grêle, parce que les images d'aéroiléie sont à elles seules caractéristiques de l'occlusion, tandis que les images d'aérocolie n'ont qu'un evaleur relative. Pour faire cette distinction, il faut chercher un groupe cohérent d'images sur lequel on puisse reconstruire tout ou partie du cadre colique. Sur les clartés gazeuses qui se prêtent à cette reconstruction le diagnostic d'aérocolie est fait positivement; sur celles qui ne s'y prêtent pas, le diagnostic d'aéroiléie est fait par exclusion ».

Il est admis, en effet, depuis SCHWARTZ, HASSMANN, BENSAUDE et GUÉNIAUX, GUILLAUME, qu'il n'y a pas à l'état normal de bulle d'air dans l'intestin grêle. Si donc une image aérique est vue dans le grêle, il y a manifestement un signe d'occlusion.

Le second signe est *l'apparition de niveaux liquides*

aussitôt après les bulles gazeuses. Ces niveaux sont parfaitement mis en évidence dans la position debout ou assise.

La difficulté va résider évidemment dans la localisation du siège de l'occlusion.

Sommes-nous en présence d'aérocolie ou d'aréolée ? Pour résoudre ce problème, il nous suffira de « *reconstruire tout ou partie du cadre colique* ».

Naturellement, tous ces signes n'ont d'autre but que d'éclairer la clinique et il n'est pas question de faire dépendre toutes les indications opératoires dans les abdomens aigus des renseignements obtenus grâce à un cliché radiographique. La radiographie ne peut que renforcer nos conclusions cliniques et quelquefois même nous permettre de poser un diagnostic précoce.

MM. MOULONGUET et ROUSSET insistent également sur le *nombre* et la *topographie* des images. Des images nombreuses de niveau sont souvent caractéristiques de l'occlusion du grêle, « *alors qu'une colonne gazeuse énorme, isolée, représente le colon* ». Les images périphériques sont, en principe du colon, les images centrales, du grêle. En cas d'hésitation, on peut faire un lavement baryté prudent. Si la valvule de Bauhin est perméable, ce qui est peu fréquent, la baryte reflue dans le grêle et si l'occlusion est basse, elle remonte jusqu'au siège de l'occlusion. C'est dans ce cas que l'on peut mettre facilement en évidence une histoire appendiculaire.

Ce sont là les possibilités actuelles qui permettent de localiser une occlusion du grêle. La théorie de l'aéroiléie en tant qu'élément pathologique n'en est pas moins discutée. A la suite de l'exposé de M. MOCLONGUET, M. QUENU, se basant sur un article paru en 1939 dans « Surgery. Gynecology and Obstetrics », nous dit que la présence d'air dans l'iléon ne doit pas être considérée uniquement comme un signe d'occlusion, et M. MONDOR de conclure « qu'il y a évidemment quelques progrès à réaliser pour affirmer de façon certaine le siège de l'occlusion. Quant à la cause de l'occlusion, nous pensons que le diagnostic du siège obtenu, celui de la cause de l'occlusion sera souvent rendu probable ».

Dans toutes les observations que nous avons rapportées, sauf une, l'examen radiologique a montré qu'il y avait un niveau liquide. En présence d'un syndrome abdominal aigu, cette donnée est-elle suffisante pour affirmer l'occlusion ? Nous pensons que oui.

L'examen radiologique dans les cholécystites soulève deux problèmes : *celui des images de paralysie intestinale*, celui des *ombres calculeuses au cours des occlusions intestinales*.

Dans notre observation n° 4, l'élément le plus frappant était l'existence dans la zone de projection vésiculaire d'une distension iléale permanente et limitée. Les anses grêles réunies à ce niveau n'étaient agglutinées par aucun exsudat, par aucune péritonite adhé-

sive : l'opération a montré leur liberté en même temps qu'elle confirmait leur distension.

C'est uniquement autour de la vésicule malade que se trouvent rassemblés ces segments paralysés.

Bien plus, si le lavement baryté a confirmé l'absence de sub-obstruction colique et la liberté de passage de la substance opaque jusqu'au cœcum, il a donné une image singulière et durable, puisqu'on la retrouvée en scopie aussi bien qu'en graphie, à plusieurs minutes d'intervalle pendant la durée du lavement comme après le remplissage cœcal : le segment colique transverse situé à droite de la ligne médiane, au contact de la vésicule et des anses grêles distendues est lui aussi paralysé, inerte : il ne se remplit pas complètement de baryte et reste non imprégné de substance opaque.

Cette double image iléale et colique correspondant au maximum de douleurs, apportait une précision de premier ordre quant à la topographie des lésions. C'est cette topographie, si précise, limitée à l'hypocondre droit, qui a permis d'envisager avant l'intervention le diagnostic de cholécystite aiguë à forme occlusive.

Dans aucune de nos observations nous n'avons retrouvé à la radio d'image de calcul biliaire.

Cela ne saurait nous étonner. Il faut des circonstances spéciales et une opacité toute particulière d'un calcul pour que l'ombre en soit aisément lisible.

Cette absence habituelle d'image lithiasique vésicu-

laire à la radiographie est peut-être regrettable. Dans les cas assez nombreux où la lithiase bien qu'ancienne a donné peu de symptômes suggestifs, où les antécédents sont imprécis, où le diagnostic hésite, on pourrait penser qu'il serait précieux d'avoir la révélation fortuite de cette affection par la radio.

Cependant, on doit n'envisager qu'avec réserve les cas où cette découverte radiologique serait faite. Nous avons rapporté plus haut une observation du Professeur CADENAT où chez une femme de 87 ans qui souffrait du ventre et urinait en abondance, la radio avait décelé un calcul arrondi à peu de distance d'une seule anse grêle distendue. On avait cru pouvoir tirer de cette image une occlusion diagnostique : il devait s'agir d'un iléus biliaire. Tout militait en faveur de ce diagnostic, le sexe, l'âge, l'abondance des mouvements, la pauvreté de la symptomatologie physique, le caractère discret et limité de la distension gazeuse, la netteté de l'image calculeuse. Malheureusement, l'intervention a montré que le calcul était hors de cause. Le point de départ de l'occlusion était une bride unique tendue, on ne sait pourquoi, dans un hypocondre par ailleurs vierge d'adhérences. Après coup, il a été possible de retrouver dans les raisons de réserver le diagnostic d'iléus biliaire, non pas seulement l'absence d'image gazeuse dans les voies biliaires, mais surtout l'écart existant entre le calcul et l'anse grêle distendue. Le calcul n'était pas à l'extrémité de l'image iléale.

L'image calculeuse *était nettement séparée* de la clarté gazeuse.

Ainsi, la connaissance d'une image de calcul au cours d'une occlusion ne suffit-elle pas par elle-même à affirmer l'iléus biliaire ou la cholécystite aiguë. Et son absence — bien entendu — n'est en aucune manière une raison d'éliminer les mêmes diagnostics.

Il ne s'ensuit pas que — présente ou absente — une ombre de calcul soit de nul intérêt. Sa présence soulève, au contraire, un problème essentiel, dont il convient seulement de peser les termes et dont la conclusion pour être formelle devra s'appuyer sur une notion capitale : un calcul biliaire n'est vraisemblablement la cause de l'occlusion que lorsque par son siège, il est en *rapports intimes avec le siège de l'occlusion*, lorsque son ombre borde exactement la clarté gazeuse, lorsqu'il en déprime les contours et que le doigt palpant au maximum de la douleur, se projette exactement au même point que lui.

CONDUITE A TENIR DANS LES CHOLECYSTITES AIGUES A FORME OCCLUSIVE

Nous avons passé en revue au cours de ce travail les différents aspects, clinique et diagnostique, que nous ont suggéré les formes occlusives de la cholécystite aiguë. Les observations que nous avons présentées montrent toutes que dans une crise de cholécystite aiguë le syndrome occlusif a pris une importance de premier plan. Toutes nos malades ont été laparatomisées et la vésicule a été drainée par une cholécystostomie sur sonde de Pezzer. Pourquoi la cholécystectomie à chaud n'a-t-elle pas été pratiquée comme le préconisent certains auteurs ? Nous voulons porter le problème sur un plan plus général et, à ce propos, rappeler la discussion classique sur la cholécystectomie à chaud ou la cholécystostomie d'urgence.

Il est intéressant d'ailleurs d'en faire le rappel historique car depuis quarante ans cette discussion a fait couler beaucoup d'encre.

En 1908, QUENU écrivait : « La cholécystite est-elle aiguë ? KORTE en fait une indication opératoire absolue. La brusquerie et l'acuité du début, l'intensité par-

ticulière de la douleur, la tuméfaction importante et rapide de la vésicule sont des signes locaux qui signifient crise grave et justifient l'opération immédiate. Il n'y a aucun temps à perdre pour intervenir et le drainage reste la seule chance de salut ».

« Dans les cholécystites suppurées aiguës, formes graves de gangrène, de perforation vésiculaire, la mortalité opératoire demeure élevée. L'opération n'en reste pas moins la seule planche de salut sur laquelle on puisse compter ».

Quand une cholécystite aiguë ne cède pas à un traitement de 36 à 48 heures, le plus sûr est de drainer la vésicule. Quand la crise est moins aiguë, l'urgence disparaît et l'on peut chercher à refroidir.

Ce sont là, résumés, les principes qui sont encore reconnus les meilleurs par beaucoup.

Pour ceux-ci, l'intervention doit être strictement réservée aux cas graves avec, comme procédé, le drainage simple de l'organe.

Les Anglais et les Américains pratiquent la cholécystectomie dans les formes gangréneuses et phlegmoneuses.

Les Allemands, KORTE en 1910, BRAUN, ARNSPARGER, EXNER en 1912, pratiquent selon les cas la cholécystectomie ou le drainage avec une préférence marquée pour la première.

Dès 1912, dans un article classique de la « Revue

de Chirurgie », LERICHE et COTTE concluent à la nécessité de l'intervention précoce :

« L'intervention faite dans ces conditions, écrivent-ils, est plus facile que lorsqu'on intervient à froid, car les poussées inflammatoires laissent à leur suite de nombreuses adhérences. Les parois de la vésicule, en se rétractant secondairement, font de cet organe un diverticule plus ou moins atrophie, très adhérent et d'abord difficile ».

Les partisans de cette théorie sont :

En France :

PAPIN, en 1921 ;

CHALIER, en 1924 ;

CHAUVENET, en 1930 ;

BAUER et CHINASSI HAKKI, en 1931.

A l'étranger :

ANDREWS ;

FINNEY ;

HEUER-MILLER ;

SMITH, en Amérique.

SCHULTZ ;

RITTER ;

NORMANN ;

KIRCHMAYER-HARTEL, en Allemagne,

qui publient de nombreuses statistiques.

Une position intermédiaire a été prise par MOCQUOT en 1920, qui conclut :

— Chlécystostomie à chaud,

— Cholécystectomie quand les lésions sont refroidies.

La question en était là et DUBOST, dans une thèse très documentée soutenue en 1941, nous dit : « qu'en pratique il ne semble pas que l'on puisse à priori se montrer partisan intransigeant de telle ou telle méthode ».

L'accord est seulement fait sur les points suivants :

— Intervention si les signes cliniques nous font penser à une gangrène, une perforation ou une péritonite menaçante.

— Dans tous les autres cas, il y a opposition nette entre les deux tendances et pour le plus grand nombre il y a une préférence marquée pour le traitement médical. A l'appui de leur thèse « ils comparent appendicite et cholécystite pour dire qu'aucun parallèle n'est possible entre les deux ».

Et DUBOST ajoute que cette façon de voir offre prise à de nombreuses critiques :

— Les complications de la cholécystite sont loin d'être exceptionnelles (phlegmon péri-vésiculaire, abcès sous-phrénique, etc.).

— Les statistiques de HEUER, de JUDD et PHILIPPS, montrent que la gangrène et la perforation ne sont pas exceptionnelles (20 p. 100 des cas).

— Sans doute le traitement médical améliore les

accidents légers, mais si après accalmie il se produit une aggravation, l'opération, pratiquée dans ces conditions sera soumise à des risques plus importants.

BAUER et CHINASSI-HAKKI rapportent l'observation d'une malade traitée médicalement qui présentait au troisième jour une amélioration nette. Pourtant, le quatrième jour elle faisait une perforation vésiculaire.

MONDOR cite le cas d'une malade qui fit une perforation le quinzième jour.

En 1921, PAPIN donne ses conclusions dans la « Revue de Chirurgie » :

— Chez un lithiasique avéré qui a fait de nombreuses crises aiguës, on ne doit pas intervenir systématiquement d'urgence.

— Dans les cholécystites aiguës, indication opératoire absolue en raison des dangers de l'inflammation du péritoine et de perforation vésiculaire.

Voilà donc le problème posé. Interventionnistes et non interventionnistes. Ce n'est pas tout, car pour les uns et les autres l'accord n'est pas fait non plus sur le mode opératoire choisi. Les uns sont partisans de la cholécystectomie à chaud, les autres de la cholécystostomie d'urgence.

Pour LERICHE, « la cholécystite aiguë est une cholécystite en vase clos. Il y a tant d'avantages à supprimer du premier coup cet organe aux parois infectées, ayant des ulcères et des plaques de gangrène, que si la cho-

lécystectomie est possible, il faut la faire » Et de publier à l'appui de cette théorie des statistiques évidemment concluantes :

KORTE (in LERICHE. « Revue de Chirurgie) :

Sur 366 cas de cholécystites aiguës opérées à chaud :

33 cholécystectomies,

— 3 cholécystostomies.

En 1931, statistique de BAUER et CHINASSI-HAKKI :

Sur 42 cas de cholécystites aiguës lithiasiques dont 4 avec perforation vésiculaire, toutes opérées à chaud. 39 cholécystectomies dont 36 pour cholécystites aiguës non perforées.

1 cholécystectomie pour perforation avec péritonite généralisée.

2 cholécystectomies pour perforation avec péritonite localisée.

Résultats :

5 décès sur 36 cholécystectomies à chaud.

2 embolies post-opératoires.

1 décès le deuxième jour de néphrite aiguë concomitante.

1 décès le deuxième jour de phénomènes pulmonaires.

1 décès le huitième jour d'hémorragie secondaire qui semble devoir être mise au compte de la cholécystectomie à chaud.

Tous les autres guérissent.

HEUER montre, en 1937, une statistique impressionnante : 137 cas de cholécystectomie donnent une mortalité de 2,1 p. 100. Dans 15 cas il fit une « stomie » et eut 2 décès soit une mortalité de 12,5 p. 100.

En réaction contre les cholécystectomistes, les partisans de la « stomie » invoquèrent de nombreux arguments en faveur de cette dernière :

— Et tout d'abord, nous disent-ils, la cholécystectomie est une opération trop radicale dans certains cas, qui a l'inconvénient de supprimer un organe dont les fonctions sont utiles. Pour eux, il y a intérêt, la plupart du temps, à conserver cet organe, autant que sa fonction n'est pas altérée, ce que la clinique permet de supposer et qu'une minutieuse exploration de tout le carrefour et des lésions confirme.

Et de décrire minutieusement les inconvénients de la cholécystectomie :

Un pourcentage, variable selon les auteurs, mais toujours important d'opérés se plaignent de séquelles dues soit aux lésions du péritoine sous-hépatique, fait du méchage ou du drainage, amenant l'inflammation des organes voisins : périoduodénite, péricolite, etc., soit à la formation d'adhérences ; soit à une poussée de pancréatite.

L'intervention n'a supprimé qu'une partie des organes malades, l'inflammation n'étant pas toujours localisée strictement à la vésicule.

La cellule hépatique et les voies biliaires sont souvent atteintes.

Nous empruntons ces lignes à AUBRY (Thèse de Paris). Longtemps après l'intervention, des troubles persistent et là, l'avantage de la « stomie » revient en jeu. La lithiase biliaire et l'infection des voies biliaires étant considérées comme le résultat d'une maladie générale d'un « trouble du processus humoral de la cellule hépatique », quoi de meilleur alors que le drainage permis par cette intervention. Actuellement, ce rôle de dérivation de la bile par la fistule, réalisant dans certains cas un véritable « *anus biliaire* », permet de faire de la cholécystectomie un premier temps opératoire, d'attente, de régression du processus inflammatoire.

Ce n'est que si l'activité fonctionnelle de la vésicule ne s'est pas réveillée que le deuxième temps, la cholécystectomie, peut être pratiqué et dans les conditions les meilleures.

Et de conclure que les nombreux troubles dus à l'ectomie ont certainement un rapport avec la suppression de la vésicule biliaire. La radiographie révèle une dilatation sur la voie biliaire principale : « véritable néo-vésicule » donc utilité ou mieux nécessité du solide réservoir qu'est la vésicule.

Après une « ectomie », il n'est pas rare de constater de véritables récidives des crises douloureuses, souvent

même aggravées et parfois de véritables crises de colique hépatique avec ictère.

Les inconvénients de la cholécystectomie sur lesquels nous venons d'insister nous amènent à parler des avantages de la « stomie ».

— C'est une opération *bénigne, non choquante, rapide*, pouvant être pratiquée à l'anesthésie locale.

— Opération *ne supprimant pas un organe utile* et permettant de vérifier la perméabilité des voies biliaires principales.

— Sans doute, la cholécystectomie peut être à l'origine de fistules que des opérés conservaient pendant longtemps. En réalité, si l'on pratique l'accolement de la vésicule au péritoine avec sonde munie d'opercule de Cavaillon, on obtient au maximum l'occlusion complète de l'orifice de la « stomie ».

Ce sont là les principaux arguments des défenseurs de l'une ou l'autre méthode.

En réalité, il semble que l'on doive agir avec un certain éclectisme.

Chez toutes nos malades, les opérateurs, qu'il s'agisse de MONSAINGEON, de LECŒUR, de THOMERET, ont tous pratiqué une « stomie » sur sonde de Pezzer. En réalité, cette discussion entre partisans de l'« ectomie » à chaud ou de la « stomie » d'urgence ne doit pas être conclue trop hâtivement !

Dans le syndrome occlusif de la cholécystite aiguë,

on se trouve en présence de malades très shockés et l'on doit conclure que, la mortalité de l'occlusion étant élevée, l'aspect clinique sévère, *on doit se borner au minimum et faire une « stomie » chaque fois que l'on n'a pas la main forcée par une lésion définitive de la paroi vésiculaire.*

CONCLUSIONS

Parmi les affections susceptibles de donner une occlusion fébrile, il faut faire une place à la cholécystite aiguë. Elle n'est pas exceptionnelle.

Les progrès de la radiologie abdominale d'urgence, en découvrant des distensions gazeuses insoupçonnées, ont permis de parler plus souvent d'occlusion intestinale devant des ventres plats ou peu météorisés.

Les cholécystites aiguës à forme occlusive ont souvent une symptomatologie assez voisine de celle des appendicites occlusives du vieillard. Comme ces dernières, elles surviennent toujours après cinquante ou soixante ans, ont une symptomatologie peu bruyante, une évolution sévère.

Nous avons constaté plusieurs fois la présence de pigments biliaires autour de la vésicule qui n'était pas perforée. Il ne s'agissait pas de péritonite biliaire, mais d'un exsudat peu abondant, analogue au léger épanchement que l'on découvre si fréquemment au cours des occlusions intestinales aiguës, avec une surcharge pigmentaire qui permettait d'affirmer le diagnostic et

d'envisager l'existence d'une perméabilité anormale de la paroi vésiculaire enflammée.

En dehors de toute gangrène vésiculaire, il peut y avoir une porosité anormale du cholécyste, soit à l'égard du contenu vésiculaire, soit à l'égard des pigments biliaires seulement. Nous n'avons pas fait d'examens chimiques permettant de dire si l'épanchement observé était de la bile passée en petite quantité dans le péritoine, grâce à une perméabilité anormale de la paroi vésiculaire, ou un exsudat péritonéal teinté de quelques pigments.

Les examens radiologiques pratiqués ont apporté une notion topographique essentielle : c'est la localisation de la lésion en regard de la zone de projection vésiculaire; la disposition péri-vésiculaire de la distension iléale et l'absence d'imprégnation colique qui constituaient les meilleurs signes.

L'existence d'un calcul vésiculaire ne suffit pas à permettre de limiter le débat aux deux grandes causes d'occlusion des lithiasiques : l'iléus biliaire et la cholécystite aiguë. Il serait excessif d'accorder une grande importance à une image calculeuse qui ne serait pas en rapport étroit avec les anses grêles occluses.

Le traitement généralement appliqué — la cholécystostomie — devra être conduit chez ces malades fragiles par une incision à minima, permettant d'accéder directement sur la lésion et de limiter l'explora-

tion au minimum nécessaire à la confirmation du diagnostic radio-clinique. Chaque fois que la paroi vésiculaire paraîtra en bon état, on s'abstiendra de faire une cholécystectomie. La cholécystostomie est en effet la meilleure et la plus simple application du drainage biliaire qui constitue l'indication première de ces occlusions intestinales paralytiques.

Vu,

Le Doyen :

BAUDOUIN

Vu,

Le Président de Thèse :

CADENAT

Vu et Permis d'Imprimer,

Le Recteur de l'Académie de Paris :

G. GIDEL.

BIBLIOGRAPHIE

- AUBRY (J.). — Contribution à l'étude des cholécystostomies. Thèse de Paris (Amédée Legrand, éditeur).
- BARBER (H.). — Annals of Surgery Philadelphie, août 1935; in *Jour. Chir.*, T. 46, n° 5, nov. 1935. Les séquelles de la cholécystostomie.
- BANZET. — La thérapeutique chirurgicale de la lithiase biliaire. Collection Rathery, 1936.
- BASSET (A.). — Iléus biliaire. *Académie de Chirurgie*, janvier 1937, p. 72.
- BAUER et CHINASSI HAKKI. — Trente-neuf cas de cholécystectomie à chaud pour cholécystite aiguë lithiasique. *Rev. de Chir.*, février et mars 1931.
- BÉRARD (L.) et MALLET-GUY. — *Presse Médicale* du 21 novembre 1942. Sur les données de la cholécystostomie dans les ictères infectieux.
- BONNECAZE et LECHAUX. — Iléus biliaire. *Arch. des Malad. de l'appar. digestif*, 1924.
- BOUTON (E.). — Contribution au diagnostic radiologique de la lithiase biliaire. *Bull. et Mém. de la Soc. de Radiologie*, n° 251, juillet 1938.
- BROCC (P.). — Volvulus de la vésicule biliaire. Cholécystectomie. Guérison. *Soc. Nat. de Chir.*, mars 1931, p. 333.

- BRUGEMANN. — Traitement de la Cholécystite aiguë. *Ann. of Surgery* (Philadelphie), vol. LXXXVII, n° 3, mars 1928.
- CAVARZÈRE. — Cholécystite et appendicite. *Il policina (sez pratica)*, Rome, an XXXIII, fasc. 43, oct. 1926.
- CHALIER. — Traitement de la cholécystite aiguë par la cholécystectomie sans drainage. *Soc. de Chir. de Lyon*, 22 nov. 1923.
- CHAUVENET. — Rapport PAPIN sur quelques cas de cholécystites aiguës calculeuses, traitées par la cholécystectomie à chaud. *Soc. de Chir. de Bordeaux et du Sud-Ouest*, 3 avril 1930.
- CAUDRELIER. — Rapport Paul MOURE sur « Extraction d'un volumineux calcul intra-duodénal ». *Société Nat. de Chirurgie*, février 1931, p. 198.
- COLANERI (J.-J.-H.). — La radiologie dans les syndrômes abdominaux aigus. *Soc. de Rad. Méd. de France*, février 1935, n° 216.
- COTTE-LERICHE-CHALER. — Cholécystectomie pour cholécystites aiguës. *Soc. de Chir. de Lyon*, 22 novembre 1923.
- DIDIER-THOYER-ROZAT et CODET. — Radiographie sans préparation dans un cas d'occlusion aiguë. *Bull. et Mém. de la Soc. de Rad.* Juin 1936, n° 230.
- DUBOST. — Thèse de Paris 1941.
- DUBOUCHET. — A propos d'iléus biliaire. *Soc. Nat. de Chir.* Février 1930.
- FOURREY. — Thèse de Paris 1929.
- GIRARD. — Thèse de Paris 1937. Contribution à l'étude

du traitement chirurgical des cholécystites aiguës.

LECÈNE et LERICHE. — Thérapeutique chirurgicale. Masson, éditeur, 1926.

LIPSCHUTZ et PFEIFFER. — La cholécystite aiguë. *Annals of Surgery*, vol. XCII, n° 4, oct. 1930.

MATRY (Cl.). — Un cas de pancréatite aiguë hémorragique. Cholécystostomie. Guérison. *Soc. Nat. de Chir.*, 1928.

MILLER (Boston). — Diagnostic urgent (Masson, éditeur, 1937.)

MOULONGUET. — Radiodiagnostic en chirurgie abdominale d'urgence. *Mém. de l'Acad. de Chirurgie*, 1942, p. 280.

OKINCZYK. — Quatre cas d'appendicites à forme occlusive. *Soc. Nat. de Chir.*, 1935, p. 1220.

PETREN. — *Dér Chirurg.*, avril 1939.

PETIT-DUTAILLIS (rapport de). — Diagnostic radiologique de l'iléus biliaire (HUET). *Mém. de l'Acad. de Chirurgie*, 1941, pp. 747 et 748.

QUENU (J.). — Trois cas d'iléus biliaire. *Soc. Nat. de Chirurgie*, février 1930.

SENÈQUE (J.) et SICARD. — Iléus biliaire. Entérotomie. Guérison. *Soc. Nat. de Chir.*, p. 960, juillet 1934.

